



City of Eugene

Adaptive Recreation, River House Outdoor Program, and Spencer Butte Challenge Course
Acuerdo para Participar, Incluso Asumir Riesgos y Acuerdos de Ceder y Inmunidad

Considerando que se me permite participar en este evento, organizado y realizado por la Ciudad de Eugene Adaptive Recreation, Programa RiverHouse y/o Spencer Butte Challenge Course (de este punto conocido como "COE"), yo, o mi hijo/a menor de edad (de este punto referido como "yo"), reconozco y estoy de acuerdo con:

El evento en que participaré incluye instrucción y esfuerzo físico. Estas actividades pueden incluir contacto con los elementos naturales, que puede incluir el calor, frío, altitud, agua de río, lagos y océano, piedras, árboles, tormentas, nieve, aguanieve, y lluvia; contacto con elementos hechos por humanos, que puede incluir cables, plataformas, edificios y otras estructuras, escaleras, pistas de skate, gimnasios, y paredes para escalar de interior; transporte durante el evento; contacto personal, y depender de otros participantes y empleados; incidentes pueden ocurrir en lugares remotos que pueden estar muy lejos de servicios médicos; y incidentes pueden resultar de las acciones de otros participantes y empleados; o fallas del equipo. Estos riesgos son inherentes a las actividades del evento y el medio ambiente en que ocurren y no se pueden eliminar sin efectuar cambios significativos en la naturaleza de las actividades.

Entiendo que estos riesgos pueden resultar en pérdida o daño de la propiedad personal, angustia emocional, enfermedades, daños personales, y en casos extremos, muerte.

Declaro que no tengo problemas médicos o emocionales conocidos que puedan afectar adversamente mi participación en este evento o que puedan significar un peligro para mí mismo o para los demás. Anoté en el formulario de Historia de Salud proporcionado por COE todos los problemas médicos sobre los cuáles COE debe estar informado. Entiendo que es mi responsabilidad, y mía sola, determinar mi capacidad médica o cualquier otra, para participar en el evento.

Al firmar este documento debajo, estoy de acuerdo con:

Reconocimiento y Aceptación de los Riesgos

Reconozco y acepto todos los riesgos del evento, sus actividades y el medio ambiente en que se realizará, ya sea que esos riesgos sean inherentes o no o estén descritos arriba o no.

Acuerdo de No Acusar e Inmunidad

Estoy de acuerdo en defender, indemnificar y no hacer ninguna queja ni reclamo contra el COE, sus oficiales, agentes y empleados por daño o perjuicio relacionado de alguna manera con mi participación en el evento y el transporte para el evento.

Otro

A menos que haya un acuerdo por escrito, cualquier juicio se debe realizar en Lane County, Oregon, y se aplicarán las leyes del Estado de Oregon a la disputa, a excepción de las leyes del Estado de Oregon que puedan aplicar a las leyes de otra jurisdicción.

Autorizo a COE a proveer o obtener ayuda médica en caso de un incidente que requiera atención médica, además autorizo a COE a dar información sobre mi historia médica a otro proveedor de salud como se determine necesario.

Estoy de acuerdo en no consumir ni estar bajo la influencia de una sustancia química, incluyendo alcohol, durante el evento. Entiendo que la actividad y todos los aspectos son totalmente voluntarios y puedo decidir no participar. Estoy de acuerdo en que obedeceré todas las instrucciones de seguridad.

Estoy de acuerdo en que COE tiene permiso de tomar fotos o otras imágenes de mí para marketing o otras razones apropiadas para COE.

Si cualquier parte de este acuerdo no se puede hacer valer en la Corte, el resto del acuerdo sigue vigente.

Nombre de Participante (por favor con letra de imprenta)

Firma de Participante

Fecha

Firma de Padre o Custodia
(si Participante tiene menos que 18 años al momento del evento)

Fecha

HISTORIA DE SALUD

La actividad propuesta puede requerir ejercicios físicos que son, por su naturaleza, requieren mucho esfuerzo físico. Su participación puede aumentar la presión de sangre y nivel de pulso. Nos puede ayudar a reducir cualquier riesgo al tomar por participación en la actividad si llena con acuracia y honestad la historia de salud debajo. Por favor, anote las historias de salud o condiciones que puede requerir un cambio de participación para estar seguro. Por favor, lea y responda con un círculo SI o NO y contestar las siguientes preguntas. Toda la información será confidencial.

NOMBRE DE PARTICIPANTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

DIRECCION _____ SEXO _____

CUIDAD, ESTADO, ZIP _____ EDAD _____

TELEFONO _____ Alt. TELEFONO _____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA- 1 _____ TELEFONO _____

Relacion _____ Alt. TELEFONO _____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA - 2 _____ TELEFONO _____

Relacion _____ Alt. TELEFONO _____

Haga un círculo alrededor de la respuesta correcta y explique las respuestas contestadas SI

SI NO Actualmente, esta en tratamiento para una condición del corazón o Presión Alta? _____

SI NO Sufre frecuentemente de dolores del pecho? _____

SI NO Se siente débil o tiene sensaciones de mareo frecuentemente? _____

SI NO Tiene epilepsia y/o ha tenido una condición de ataques convulsivos? _____

SI NO Ha tenido un derrame cerebral o otro daño que continúa afectando su balanza, coordinación, percepción de profundidad, o control muscular? _____

SI NO Tiene asma? _____ Tiene su inhalador con ud. hoy? **SI NO**

SI NO Tiene diabetes? _____

SI NO Tiene o tuvo un daño de la espalda o cuello? _____

SI NO Sufre actualmente de alguna problema de huesos, articulaciones, o músculos? _____

SI NO No puede estar de pie por tiempo extendido? *Si es así, puede considerar traer una silla ligera para descansar de vez en cuando durante el día.* _____

SI NO Tienen historia de reacciones alérgicas? _____

Traería su EpiPen o antihistamina? **SI NO**

SI NO Esta embarazada? Cuántas semanas? _____

SI NO Puede nadar? Anota cualquier necesidad que requieras para nadar _____

SI NO Actualmente, toma medicamentos, prescritos o otro, que afectan su balanza, esfuerzo o visión? Por favor, los anota y sus efectos secundarios. _____

SI NO Tiene otra información médica o física o una discapacidad que el equipo de Recreación debe saber? Explique. _____

SI NO Esta historia de salud es lo mejor que yo sé, y creo que mi salud es satisfactoria para participar en La Cuidad de Eugene, River House Outdoor, y/o SBCC actividades.